W 82 1882
Lane Medical Library

Ein Fall

von

sogenannter Chorea magna.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am Mittwoch, 18. Januar 1882

Mittags 12 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Carl Sanneg

aus Pless in Oberschlesien.

Opponenten:

Dr. **Hesse,** prakt. Arzt.

E. Weber, cand. med.

GREIFSWALD.

Druck der Universitäts-Buchdruckerei von F. W. Kunike.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0455

Seinem väterlichen Freunde und

unermüdlichen Gönner

Herrn Sanitätsrath Dr. Babel

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Zu den seltenen Vorkommnissen gehört unstreitig die sog. Chorea magna. Ihre Pathogenese ist noch wenig bekannt. Die einzelnen Fälle, wenn auch in ihren Grundzügen auf gemeinschaftlicher Basis stehend, sind doch nach Auftreten und Intensität der Symptome so divergirend, dass es gerechtfertigt erscheint, wenn ich die genauere Krankengeschichte eines auf der hiesigen medicinischen Klinik des Herrn Professor Mosler zur Beobachtung gelangten Falles der vorliegenden Arbeit zu Grunde lege.

Marie H. aus Treptow an der Rega ist 15 Jahr alt. Die Mutter derselben ist vor einigen Jahren an der Cholera gestorben und hat nie an Krampferscheinungen gelitten. Der Vater häufig kränkelnd und von Jugend auf nervös beanlagt, laborirt zeitweise an unwillkürlichen Zuckungen, welche bald vorübergehend ohne äussere Veranlassung auftreten; er ist sonst sehr still und in sich gekehrt. Die ältere Schwester wurde vor 4 Jahren in der hiesigen Irrenanstalt an Manie behandelt und nach einem halben Jahre geheilt entlassen.

Von den übrigen Geschwistern sind zwei Brüder jung gestorben, zwei Schwestern leben und sind gesund. Patientin selbst hat in ihrem dritten Lebensjahre die Masern überstanden und von Geburt an der englischen Krankheit gelitten, die sich namentlich in Auftreibung der Knochenepiphysen zeigte, von denen aber keine weiteren ersichtlichen Spuren zurückgeblieben sind. Patientin besuchte die höhere Töchterschule und hat stets leicht und fleissig gelernt, ohne aber hervorstechende Anlagen zu bekunden. Sie wurde im 13. Lebensjahre zuerst menstruirt, von da ab regelmässig alle 4 Wochen; die menses waren von 3 bis 4 tägiger Dauer, mässig reichlich, von keinen besondern Zufällen begleitet. Erst mit Beginn der jetzigen Krankheit wurden dieselben unregelmässig und sehr copiös. Im Herbst 1880 verfiel Patientin, von ihrem Lehrer in der Schule gescholten, in einen krampfhaften Zustand, so dass sie nicht fähig war, allein zu gehen und von Mitschülerinnen nach Hause geführt werden musste, wo sie in höchster Aufregung, am ganzen Körper zitternd anlangte; doch erholte sie sich bald. Kurze Zeit darauf traten starke Halsschmerzen und Brustbeklemmungen auf, die mit Blutentziehung durch Blutegel behandelt wurden. Es stellten sich Zuckungen in den Gliedern, Grimassiren, krampfhafte Bewegungen der Extremitäten ein, die stets von kurzer Dauer waren. Bald wurden die Krämpfe häufiger, von Magenbeschwerden und Brustbeklemmung begleitet. Mit der Zeit nahmen dieselben an Heftigkeit zu, die Arme wurden hin- und hergeschleudert,

der ganze Körper richtete sich im Bette plötzlich in die Höhe; Patientin sprang aus demselben, kletterte auf Schränke, auf denen sie sich in den widernatürlichsten Stellungen umherwand. Diese Anfälle wiederholten sich mit 1 bis 2 stündigen Pausen mehrere Mal täglich. Auch Visionen und Hallucinationen der verschiedensten Art traten auf. Das Bewusstsein war während der Anfälle meist gestört, so dass Patientin über die Vorgänge während dieser Zeit keine Rechenschaft zu geben vermochte; während der Pausen herrschten normale Verhältnisse. Sprachstörungen traten nicht ein, auch ist das Gedächtniss in keiner Weise geschwächt. An Herzklopfen, Congestionen nach dem Kopfe hat Patientin nie gelitten; Blutarmuth war nie deutlich ausgesprochen. Der Appetit war ein geringer; faeces und Urin wurden während der Anfälle öfters spontan entleert. Die ärztliche Behandlung, bestehend in abwechselnder Darreichung von Solut. arsenical. Fowleri, Bromkali, chloralhydrat, Morphium, bewirkte vorübergehende Besserung, indem die Pausen zwischen den einzelnen Anfällen länger wurden, und diese selbst an Heftigkeit abnahmen. Ein bestimmter regelmässig wiederkehrender Typus in der Zeit des Auftretens der Paroxysmen war nicht zu constatiren. In der letzten Zeit war Patientin volle vier Wochen verschont, bis vor ungefähr drei Wochen die Anfälle mit erneuter Heftigkeit auftraten. Krampfhafte Zuckungen der Gesichtsmuskeln wechselten mit solchen der Extremitäten. Der ganze Körper der

Kranken befand sich in bis zur Raserei sich steigernder Aufregung, so dass sie Bett und Bekleidung mit Fingern und Zähnen zerriss und zufällig unbewacht durch's eingeschlagene Fenster sprang und auf offenem Felde an Bäumen oder Telegraphenstangen in die Höhe kletterte. Dieser Zustand nöthigte am 10. Dezember 1881 zur Aufnahme in die hiesige Universitätsklinik.

Stat. praes. Die Kranke ist von kleiner, schwächlicher Statur, gracilem Knochenbau, geringem paniculus adiposus. Die Entwickelung von mammae und pubes ist dem Alter der Patientin entsprechend. Die Hautfarbe ist normal bis auf einige Verletzungen an Unterarmen und Händen. Die sichtbaren Schleimhäute etwas blass, doch ist keine ausgeprägte Anaemie vorhanden. Der Schädel ist normal gebildet; die Wirbelsäule zeigt nirgends eine Prominenz und ist an keiner Stelle schmerzhaft. Patientin ist augenblicklich von einem Paroxysmus befallen. Die Augenlider sind geschlossen, starr und lassen sich nur mit Mühe emporheben. Die Augen sind dunkel, stark glänzend, die Pupillen erweitert. Der Unterkiefer ist fest gegen den Oberkiefer gepresst, dabei die Muskeln des Kinnes hart contrahirt. Die Lippen werden rüsselförmig vorgestülpt, bald nach der einen, bald nach der andern Seite verzogen. Die Zunge wird häufig weit herausgestreckt und ist dann hart und unbiegsam, nur in der weicheren Zungenspitze findet abwechselnd Contraction und Erschlaffung der feinsten Muskelzüge statt, so dass eine wellenartige Bewegung derselben resultirt. Es folgen rhythmische, forcirte Contractionen aller Athemmuskeln, so dass der Thorax

stark erweitert wird, und durch krampfhaftes Heben und Senken des Zwerchfells der Mageninhalt in hörbare Bewegung geräth. Mitunter stösst Patientin einen intensiven Schrei aus. Das Bewusstsein ist erloschen. Hautreize an den verschiedensten Körperstellen werden gefühlt und reflectorisch durch Abwehrbewegungen beantwortet. Die Kniee befinden sich in leichter Flexions- und Abductionsstellung und in fortwährender schaukelnden Bewegung. Allmählich tritt Nachlass und schliesslich Aufhören der Krämpfe ein. Patientin erwacht und erkundigt sich nach dem Geschehenen. Das Sensorium ist bis auf leichte Apathie völlig klar; doch dauert dies nur wenige Minuten. Plötzlich werden die Augen forcirt geöffnet, die bulbi treten hervor, die Pupillen sind stark erweitert, der Blick fixirt einen in der Ferne liegenden Punkt; die Arme vollführen die verschiedensten Adductions- und Rotationsbewegungen. Während die Fingerphalangen in Flexions-, die Hände in Hyperextensionsstellung stehen, werden die Arme schnell pronirt und supinirt und dann krampfhaft nach oben gestossen. In den Gesichtszügen macht sich das oben erwähnte Grimassiren bemerkbar. Der Rumpf liegt unbeweglich, die Beine werden bald flectirt, bald extendirt, die Zehen sind übermässig gebeugt. Alsdann treten Zuckungen im ganzen Körper auf, Patientin wird wie im Fieberfrost geschüttelt, hin- und hergeschleudert, rollt sich zusammen und schlägt mit den Extremitäten um sich und zerreisst mit Händen und Zähnen Betten und Leibwäsche. Wieder tritt eine leichte Pause ein, Patientin wird ruhiger und verfällt

in einen soporösen Zustand, in welchem sie mit lauter Stimme singt. Dabei giebt sich jedoch noch immer ein fortwährendes Muskelspiel des Gesichts oder der Extremitäten kund. Während des ganzen Anfalls sind die Pupillen stark erweitert, reagiren jedoch, wenn auch schwach, auf Lichteindruck; Druck auf die Ovarien bleibt ohne jeglichen Einfluss. Gegen 3 Uhr richtet sich Patientin zum Sitzen auf und verlangt Wasser und Speise. Beim Ergreifen des Glases und Zuführen der Nahrung zeigt sich vollständige Sicherheit ohne die geringste krampfhafte Bewegung. Die Athmung ist beschleunigt, der Puls sehr frequent, wohl in Folge der bedeutenden Muskelaction. Der Anfall hatte voll 6 Stunden gedauert und verfällt Patientin bald in einen ruhigen zweistündigen Schlaf. Nach dem Erwachen ist dieselbe völlig ruhig und unterhält sich mit ihrer Umgebung. In der sensiblen und Sinnessphäre sind bei der Kranken keine Störungen zu bemerken. Sie drückt sich klar und verständig aus, nur hat ihr Wesen etwas launisches; ihre Wünsche klingen befehlend, und wird sie ungeduldig, wenn deren Erfüllung nicht sehr rasch von Statten geht. Der Schwere der Krankheit ist sich Patientin völlig bewusst und wünscht dringend, so bald als möglich zu genesen. Von ihrem Treiben während der Anfälle fehlt jedes Bewusstsein. Nach einiger Zeit annoncirt Patientin selbst eine neue Attake; auf Befragen giebt sie Zusammengeschnürtsein der Kehle, Brustbeklemmungen und Schmerzen im Epigastrium als Prodromalerscheinungen an. Es erfolgt krampfhaftes Zusammenziehen des Körpers, dann

plötzliches Strecken und mit durchdringendem Aufschrei verfällt Patientin in einen soporösen Zustand und singt Lieder religiösen Inhalts. Die Augen sind krampfhaft geschlossen, die bulbi parallel stark nach aufwärts gedreht. Der Gesang verstummt, und es treten wiederum bei festangepresstem Unterkiefer jene mimischen Zuckungen auf, das Gesicht zu widerlichen Grimassen verziehend. Der Körper wird hin- und hergeschleudert mit dem Bemühen aus dem Bett zu fallen. Der Paroxysmus währte über eine volle Stunde und lässt allmälig an Intensität und Dauer der einzelnen Zuckungen nach. Patientin wird hierauf in ein Bad von 28° R. gebracht, wo sie plötzlich wie leblos zusammensinkt und durch Zuruf nicht zu erwecken ist. Der Puls ist dabei voll und kräftig, die Athmung ergiebig. Durch starke Douche auf den Rücken wird sie wieder erweckt und trotz ihres lebhaften Sträubens 15 Minuten im Bade erhalten. Zu Bett gebracht verhält sich Patientin bis auf geringe Muskelzuckungen ruhig. Um 9 Uhr Abends ein erneuter Anfall; ein plötzliches Zittern durchläuft den Körper der Patientin, sie rollt sich in ihre Decke ein, und gelingt es ihr hierbei sich plötzlich ihres Hemdes zu entledigen. Mit heftigem Ruck werden die Beine in die Höhe geworfen und gerathen in Zuckungen, während Patientin auf Kopf und Nacken steht; die Hände sind dabei geballt und gegen die Brust gestemmt. Es erfolgt Ueberschlagen, wirbelndes Herumwälzen auf dem Lager und schliesslich wieder lebhafte Zuckungen der Extremitäten, begleitet von den schon oben erwähnten rhythmischen krampfhaften Con-

traktionen aller Athemmuskeln. Die Bewegungen werden allmählich ruhiger, dauern aber noch einen grossen Theil der Nacht fort, und erst gegen Morgen verfällt Patientin in einen ruhigen, andauernden Schlaf.

Faeces und Urin werden während der Anfälle zurückgehalten und erst während der Pausen entleert; im letzteren sind Zucker oder Albumen nicht enthalten.

Die Therapie besteht in zweistündlicher Darreichung von 1,0 Kali bromat., warmen Bädern mit Applikation kalter Douchen auf Kopf und Rücken; des Abends erhält Patientin 2—3 Löffel einer 5% Chloralhydratlösung.

Stat. praes. vom 12. Dec. 81. Mit dem Erwachen beginnt sofort wieder die Muskelunruhe. Im Allgemeinen wiederholen sich die Anfälle, wie Tags zuvor und treten diese mit denselben unregelmässigen Pausen auf; nur der Abends eintretende Paroxysmus bot ein anderes Bild. Die Kranke, welche Nachmittags 2—3 Stunden geschlafen, rollt sich gegen 6 Uhr plötzlich im Bette zusammen, die Kniee gegen die Brust gezogen, liegt sie auf diesen und dem Scheitel, schleudert plötzlich die Beine in die Höhe und überschlägt sich zum Bette hinaus, windet sich auf dem Fussboden in abenteuerlichen Verdrehungen umher, springt plötzlich auf und sinkt auf die Kniee, die Unterschenkel derart nach aussen rotirt, dass die inneren Fussränder platt auf dem Fussboden liegen, dabei auf den Hacken sitzend. In dieser Stellung, die Arme über die Brust gekreuzt, bewegt sie sich mit ziemlicher Geschwindigkeit im Zimmer umher. Die Kranke erhebt sich, die Ellen-

bogen gebeugt, die Arme supinirt, die Finger in krallenartige Stellung gebracht, die Schenkel nach innen rotirt, wandelt dieselbe auf den Fersen. Hierbei befinden sich die einzelnen Zehen in abwechselnder, von einander unabhängigen Flexion und Extension und begegnen sich mit solcher Heftigkeit, dass jener schnalzende Ton entsteht, wie man ihn mit den Fingern so leicht hervorbringen kann. Endlich erwacht die Kranke wie aus einem Traume und fragt erstaunt, was mit ihr vorgegangen wäre. Zu Bett gebracht verfällt sie in einen mehrere Stunden anhaltenden Schlaf. Stuhlgang erfolgte erst nach Application eines Darmrohres; der Urin, frei von fremden Bestandtheilen, wurde ohne Beschwerden entleert.

St. praes. vom 13. Decbr. 81. Auch heute bietet der Krankheitsverlauf wesentlich dasselbe Bild, wie früher, nur schienen die Anfälle weniger heftig und von längeren Pausen gefolgt. Patientin schlief mehr, wenn auch unruhig und sprach im Schlafe, namentlich über ihr nahestehende Personen und die ihr Tags über zu Bewusstsein gekommenen Eindrücke. Abends trat nochmals ein halbstündiger Anfall auf, dem für die Nacht ein ruhiger Schlaf folgte.

Stat. praes. vom 14. Decbr. 81. Die Paroxysmen machen sich heute nur noch in geringen Zuckungen geltend sonst ist Patientin sehr munter, erzählt viel und beschäftigt sich mit Handarbeiten.

Stat. praes. vom 15. Decbr. 81. Nach ruhig vollbrachter Nacht befindet sich die Kranke vollständig wohl und ist im Stande, einige Stunden ausser Bett

zuzubringen. Das Umhergehen geschieht mit voller Sicherheit. Erst heute ist es möglich, eine genauere physikalische Untersuchung der Patientin vorzunehmen. Der Thorax ist gut gewölbt, symmetrisch gebaut; Percussion und Auskultation ergeben keine pathologischen Verhältnisse. Die Herzdämpfung zeigt keine Verbreiterung; der Spitzenstoss ist an normaler Stelle schwach fühlbar, die Herztöne sind stark, aber rein. Leber und Milz sind nicht vergrössert; Venengeräusche nicht vorhanden. Inspection der Genitalorgane und Exploration derselben per rectum lassen nicht Krankhaftes bemerken. Patientin wird heute von keiner neuen Attake heimgesucht.

Stat. praes. vom 16. Decbr. 81. Ruhiger, ungestörter Schlaf des Nachts, Morgens leichter, jedoch bald vorübergehender Kopfschmerz. Patientin bringt den grössten Theil des Tages ausser Bett zu.

Anfälle sind in den letzten 14 Tagen nicht wieder aufgetreten; das Befinden der Patientin ist ein normales.

Vergegenwärtigen wir uns das in der vorliegenden Krankengeschichte geschilderte Krankheitsbild, so kommen wir zu der Ueberzeugung, dass wir es mit demjenigen Leiden zu thun haben, welches Hasse*) als „durch mehr oder minder aufgehobenes Bewusstsein, ekstatische Zustände verschiedener Art, heftige aber unwillkührliche coordinirte Bewegungen und die mannigfaltigsten Krampferscheinungen characterisirt

*) Hasse, Krankheiten des Nervensystems. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, red. von Virchow. Bd. IV. Abthlg. I.

bezeichnet, die in Paroxysmen auftreten, und welche oft eine ungewöhnliche Kraftanstrengung, Behendigkeit und Sicherheit erfordern und im normalen Zustande zuweilen gar nicht, oder doch jedenfalls nicht mit der gleichen Ausdauer von den betreffenden Individuen zu Wege gebracht werden können." Hasse nennt diese Krankheit nach den Vorgange von Sydenham Chorea magna s. Germanorum, eine Bezeichnung, welche, wie wir weiter unten sehen werden, in der neueren Zeit beanstandet worden ist.

Was die Aetiologie betrifft, so sind hier dieselben Ursachen vorhanden, wie sie von verschiedenen Autoren als zur Chorea disponirend, angegeben werden; es sind dies vornehmlich ein bestimmtes Alter und das weibliche Geschlecht. Nach Wicke's*) Zusammenstellung betreffen von 107 Fällen von „Chorea magna" 84 das Alter zwischen 10 und 20 Jahren und von diesen 62 dasjenige zwischen 10 und 16 Jahren, und waren unter 126 Kranken 88 weibliche und 38 männliche Individuen von diesem Leiden befallen. Für die Erörterung der Frage ob die Chorea magna gleich andern Neurosen erheblich sei oder nicht, giebt uns der vorliegende Fall keinen Anhalt; jedoch scheint eine Vererbung dieser Krankheit überhaupt auszuschliessen zu sein, da eine solche nirgends Erwähnung findet. Nach Wicke**) liegt nun die vorzüglichste Bedingung der Krankheit in einer besonderen Stimmung des Nervensystems, die

*) E. C. Wicke, Versuch einer Monographie des grossen Veitstanzes. Leipzig 1844.

**) eod. loco.

entweder angeboren oder erworben ist. Berücksichtigt man die in der allgemeinen Anamnese erwähnte Nervosität des Vaters und die psychische Erkrankung der Schwester, so muss die Uebertragung einer Disposition als sehr wahrscheinlich angenommen werden, namentlich da die Erblichkeit der Anlage zu Nervenerkrankungen, oder wie v Ziemssen*) sich trefflich ausdrückt „die erbliche Uebertragung einer besonderen Reizempfänglichkeit und Impressionabilität des Nervensystems" häufig constatirt ist. Denn dass der Schreck und die wohl sehr heftige Gemüthsbewegung unserer Patientin bei dem scharfen Tadel des Lehrers ohne bestehende Disposition das Leiden hervorgebracht haben sollten, scheint etwas unwahrscheinlich. Vielmehr sind dieselben als erregende Gelegenheitsursachen aufzufassen, da namentlich Gemüthsaffecte, vorzüglich Schreck, diese Krankheit schnell hervorrufen.

Aber auch die Reizungen sensibler Nerven, als Onanie, Wurmreiz, Erkältung gelten als Veranlassung zum Ausbruch der Chorea magna. So erzählt Wysocki**) einen Fall von einem 18jährigen Burschen, bei welchem Wurmreiz und Onanie dieselbe zum Vorschein brachten.

Die Wiederkehr der Anfälle kann nach Hasse***) mit oder ohne äussere Veranlassung eintreten. Im

*) v. Ziemssen, Chorea, Handb. d. spec. Path. u. Therap. Leipzig 1877. Bd. XII. 2.

**) Wysocki, Ein Fall von Chorea magna etc. Wien. Med. Wochenschrift. 1875. Nr. 14 u. 15.

***) Hasse, l. c.

ersteren Falle sind in der Regel psychische Eindrücke der verschiedensten Art wirksam, oder doch Umstände, welche ziemlich unmittelbar im Nervensystem einen Erregungszustand hervorbringen, wie heftige Sinneseindrücke, Idiosynkrasien, Musik u. s. w. Seltener machen sich körperliche Veranlassungen geltend: gastrischer Reiz, der Eintritt der Menstruation und zu starke Muskelanstrengung. In unserem Falle kehrten die Anfälle ohne nachweisbare äussere Veranlassung zurück und folgten Pausen von verschiedener Dauer, so dass sich ein typischer Character hinsichtlich der Zeit ihres Auftretens nicht feststellen liess. Interessant ist in dieser Beziehung der von Mosler*) beschriebene Fall; derselbe berichtet von Chorea magna eines 13 jährigen Bauernmädchens, bei welcher die Paroxysmen regelmässig in vierwöchentlichem Typus erfolgten, dem Zeitpunkte der Menstruation entsprechend.

Die Dauer der Anfälle war verschieden, oft Stunden lang, oft nur wenige Minuten; der von uns beobachtete Zustand unserer Patientin in den ersten beiden Tagen nach ihrer Aufnahme in das Krankenhaus, ist eigentlich als ein continuirlicher Paroxysmus zu betrachten, der nur durch wenige Stunden Schlaf unterbrochen war.

Was die Symptome der Anfälle selbst anlangt, so waren dieselben geeignet, den Beobachter in Staunen zu setzen; derartige Erscheinungen von Muskelkräften,

*) Mosler, Ueber Chorea Germ. vor dem Eintreten d. menses. Deutsche Klinik No. 30. 1860.

wie sie hierbei zu Tage traten, konnte man der kleinen, ziemlich schwächlichen Patientin nicht zutrauen. Es hatte, wie Hasse *) erwähnt, den Anschein, als ob eine fremde Kraft und wohl gar ein übernatürlicher Einfluss zur Geltung gekommen sei. Wie in den meisten Fällen, so gingen auch in dem unsrigen den einzelnen Paroxysmen Vorboten voraus, indem wir fast stets vor Beginn der furibunden Krämpfe geringe mimische Verzerrungen, Zittern des Körpers und das Gefühl der krampfhaft zusammengeschürten Kehle zu beobachten Gelegenheit hatten, welches sich in einem intensiven Schrei Luft machte. Die ursprünglichen Zuckungen steigern sich, sie werden stürmisch und hastiger.

Die Bewegungen werden mit ungewöhnlicher Behendigkeit und Kraftanstrengung vollführt, selbst akrobatische Kunststücke versucht; dabei besteht in einzelnen Anfällen der unwiderstehliche Drang zu klettern, trotz aller Hindernisse. So mannigfaltig aber auch die Muskelthätigkeit erscheint, sie ist stets coordinirt; das Bewusstsein ist getrübt. Complicirte Reflexbewegungen treten in unserm Falle ein. Erweitern der Nasenlöcher beim berühren der Nasenspitze, abwehrendes Herumwälzen bei Kneipen des Oberarmes; ebenso, wenn auch träges, Reagiren der Pupillen auf Lichteindruck. Lähmungsartige Zustände fehlen gänzlich. Die automatische Bewegung des Herzens ging ungestört fort, während die ruhige regelmässige Athmung

*) Hasse. l. c.

bisweilen durch jene forcirten rhythmischen Erweiterungen des Thorax unterbrochen wurde.

Puls- und Athemfrequenz waren während der Paroxysmen gesteigert. Eine Verschärfung der Sinnesthätigkeit ist nicht vorhanden, wohl aber eine Aufregung derselben. Sinneseindrücke werden während der Anfälle percipirt, doch ist im normalen Zustande keine Erinnerung an dieselben vorhanden.

Die einzelnen Paroxysmen wenden plötzlich, entweder durch Uebergang in den Schlaf, oder indem die Kranke wie aus einem Traume erwacht.

Was den Zustand der Patientin in den freien Zwischenräumen der einzelnen Anfälle betrifft, so ist fast stets Kopfschmerz vorhanden und macht sich ein ungeduldiges, gern befehlendes Wesen bei derselben geltend. Während der längeren Intervalle liess sich nach den Berichten der Anverwandten, sowie nach unsern Beobachtungen nichts von Kranksein bemerken, und konnten wir hierin unsere Kranke als ein zutrauliches und zuvorkommendes, zu Hülfeleistungen gern bereites Mädchen kennen lernen.

Hinsichtlich des Verlaufs der Krankheit ist zu erwähnen, dass die einzelnen Paroxysmen in wenig entwickelter Gestalt, nur in einzelnen Zuckungen und mimischen Verzerrungen und selten auftreten und erst mit der Zeit an Heftigkeit und Manigfaltigkeit zunehmen, und dass mit dem Fortschreiten des Leidens die einzelnen Gruppen von Anfällen von kurzen Intervallen unterbrochen werden, sich aber später Pausen von Wochen langer Dauer dazwischen schieben.

Die Dauer der Chorea magna ist eine verschiedene, oft dauert sie mehrere Jahre an, indem die Anfälle trotz langer Pausen unversehens recidiviren. Der lethale Ausgang ist sehr selten, — Wicke fand in der Literatur nur zwei Fälle verzeichnet und erfolgte hierbei der Tod durch Erschöpfung. Meistens endet der grosse Veitstanz mit Genesung, aber nicht mit völliger Gesundheit, indem sich in vielen Fällen Neigung zu Neuralgien und Convulsionen entwickeln. Ein Uebergang in Geisteskrankheit ist nur in den seltensten Fällen beobachtet.

Dass durch lange Dauer des Leidens allgemeine Schwäche, marantisches Siechthum entstehen, darf uns nicht Wunder nehmen.

Die bei unserer Kranken so schnell erzielte Besserung ist wohl kaum auf Rechnung der in Anwendung gezogenen Therapie zu schreiben, und haben wir es jedenfalls mit einer jener Pausen zu thun, wie sie im Verlaufe der Krankheit schon öfters, bisweilen von Wochen langer Dauer eingetreten sind.

Was nun die Therapie betrifft, so werden wir kaum in der Lage sein, prophylaktische Massregeln zu ergreifen. Denn ist einmal die Disposition zu der in Rede stehenden Krankheit vorhanden, so ist es unmöglich alle Schädlichkeiten von dem betreffenden Individuum fern zu halten, welche den schlummernden Keim zur Entwicklung bringen können.

Mit Arzneimitteln richtet man hier wenig aus und können wir keinen der vielfach empfohlenen Specifica eine entschieden curative Wirkung zuschreiben. Gleich-

wohl müssen solche in Anwendung gezogen werden, um anderweitig vorhandene Krankheitszustände z. B. Anaemie, Verstopfung zu beseitigen, oder weil man, nach Wicke's richtiger Bemerkung die Arzneien nicht entbehren kann, wenn man das Vertrauen nicht verlieren und auf die Phantasie der Kranken gehörig einwirken will.

Nothwendig und auch meistens wirkungsvoll sind die Narcotica, um den Kranken den erforderlichen Schlaf zu verschaffen, weil man sonst eine Erschöpfung der Kräfte zu gewärtigen hat. In unserem Falle war die Darreichung von Chloralhydrat von Erfolg begleitet; der Anwendung von Kal. bromat ist ein besonderer Effect wohl kaum zuzuschreiben.

Wie schon oben angedeutet, ist die Berechtigung, die Chorea magna als eine Krankheit sui generis aufzufassen, wie dies von Hasse und M. Rosenthal geschieht, in der neuern Zeit vielfach bestritten worden.

Namentlich dringt v. Ziemssen*) darauf, dass man die sogenannte Chorea magna s. Germanorum vollständig lösche. Nach seiner Ueberzeugung ist „der als grosser Veitstanz bezeichnete Symptomencomplex keine Krankheit sui generis, sondern nur der Ausfluss echter Psychosen und Cerebralleiden einerseits und andererseits der Hysterie und Simulation, welche letztere so häufig auf hysterischem Boden zur Zeit der Pubertätsentwicklung emporwuchert.“ Seeligmüller**) geht

*) v. Ziemssen l. c.

**) Dr. Seeligmüller, Ueber Chorea magna. Vortrag, gehalten in der 54. Versammlung deutscher Aerzte und Naturforscher in Salzburg. 1881.

noch weiter als v. Ziemssen, indem er entschieden darauf anträgt, den Namen Chorea magna aus der Pathologie zu streichen und statt dessen die einschlägigen Fälle der „Hysterie im Kindesalter“ zu subsumiren, deren Vorkommen durch neuere Untersuchungen festgestellt ist. Derselbe unterscheidet 4 Formen von Hysterie im Kindesalter, die maniakalische, hypnotische, epileptische und convulsive Form und bringt für jede derselben wenigstens ein einschlägiges Beispiel. Bei allen seinen Kranken ist keine einzige Krankheitserscheinung wahrgenommen worden, welche nicht ebenso gut bei Hysterischen beobachtet worden wäre.

Dass unser Fall in seinen einzelnen Erscheinungen gewisse Analogien mit dem so proteusartigen Bilde der Hysterie darbietet, lässt sich nicht von der Hand weisen und müssen wir, wenn wir auf die von Seeligmüller aufgestellten Formen zurückgreifen, denselben nach den hierbei zu Tage getretenen Symptomen der einzelnen Paroxysmen der maniakalischen zurechnen, wenngleich die von jenem Autor erwähnten Delirien, das Schwatzen und Raisonniren bei unserer Patientin fehlen. In der That lassen sich die Begriffe der Hysterie und der sogenannten Chorea magna schwer von einander trennen; denn beiden liegt lediglich ein Symptomencomplex zu Grunde, welchem die organisch-physiologische Erklärung zur Zeit noch fehlt. Ob aber eine gemeinschaftliche Basis auf Grund des Erkranktsein eines bestimmten Organes bei beiden vorliegt, ist nach dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft mit Sicherheit noch nicht zu entscheiden.

Dass jedoch der Erkrankung eine gewisse Neurasthenie zu Grunde liegt, lässt sich nach den bisherigen Erfahrungen nicht mehr bezweifeln. Auch Hasse*) erwähnt, dass in einigen Fällen von Chorea magna erbliche Anlage beobachtet wurde, und sich dieselbe wohl öfters nachweisen lassen dürfte, wenn man auf die verschiedenen verwandten Nervenleiden der Eltern Rücksicht nähme. Seeligmüller**) hebt hervor, dass bei allen seinen Kranken sich eine zum Theil sehr schwere neuropathische Belastung eruiren liess. Bei dem einen sind beide Eltern psychisch zweifelhaft, eine ältere Schwester halb blödsinnig mit moral insanity; bei einer anderen Kranken leidet eine Mutterschwester seit vielen Jahren an erotischer Manie. Berücksichtigt man in unserem Falle die vom Vater vererbte Nervenerkrankung, welche bei der älteren Schwester zur Manie geführt hat, so müssen wir auch bei unserer Patientin ein „zur Neurose disponirtes Gehirn" gerechtfertigter Weise annehmen. In Folge heftiger Gemüthsbewegung kam dann die Neurose zum Ausbruch.

Zum Schluss spreche ich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Mosler, für die gütige Erlaubniss und Unterstützung bei Veröffentlichung vorliegender Krankengeschichte meinen herzlichsten Dank aus.

*) Hasse l. c.

**) Seeligmüller l. c.

Lebenslauf.

Ich Carl, Johann, Paul Sanneg, geboren den 10. October 1857 zu Pless in Schlesien, katholischer Confession, Sohn des verstorbenen Gerichtssecretärs Adolf Sanneg und dessen verstorbener Ehefrau Lina geb. Copek, besuchte zuerst eine Vorschule, dann die evangelische Fürstenschule meiner Vaterstadt, welche letztere ich Michaelis 1877 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Ich bezog die Universität Greifswald, um Medicin zu studiren. Im Wintersemester 1879—80 genügte ich meiner halbjährigen Militärdienstpflicht mit der Waffe beim Königl. pommerschen Jägerbataillon Nr. 2, legte am 12. November 1880 das tentamen physicum ab und absolvirte am 15. December 1881 das examen rigorosum.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Docenten:

Geheimrath Budge: Anatomie I und II. Sinnes-Organe. Vergleichende Anatomie. Präparirübungen.

Dr. A. Budge: Knochen- und Bänderlehre; mikroskopische Uebungen.

Prof. Dr. v. Feilitzsch: Experimentalphysik I und II. Wärmelehre.

Prof. Gerstäcker: Medicinische Zoologie.

Prof. Grohé: Allgemeine Pathologie und Therapie; Cursus der pathologischen Anatomie.

Prof. Hueter: Ausgewählte Kapitel der allgemeinen chirurgischen Digagnostik und Therapie. Ueber Resectionen und Amputationen; chirurgische Klinik und Poliklinik.

Prof. Landois: Experimentalphysiologie I u. II. Entwickelungsgeschichte; Experimenteller und demonstrativer Cursus der Physiologie.

Prof. Limpricht: Chemie I und II.

Prof. Mosler: Specielle Pathologie und Therapie; Nierenkrankheiten; Physikalische Diagnostik; Medicinische Klinik und Poliklinik.

Prof. Münter: Allgem. Botanik.

Geheimrath Pernice: Krankheiten des Uterus; geburtshülfliche Operationen; Gynaekologische Klinik u. Poliklinik.

Dr. von Preuschen: Theorie der Geburtshülfe.

Prof. Schirmer: Die optischen Fehler des Auges; Augenklinik mit Ambulatorium.

Prof. Schüller: Chirurgischer Operationscursus; Chirurgie der Geschwülste.

Prof. Sommer: Histologie u. mikroskop. Anatomie; Grundzüge d. vergl. Anatomie.

Prof. Vogt: Specielle Chirurgie I u. II; ausgewählte Kapitel der Orthopaedie; ausgewählte Kapitel der Zahn- und Ohrenheilkunde.

Allen diesen hochverehrten Lehrern sage ich an dieser Stelle meinen innigsten Dank; insbesondere Herrn Professor Dr. Mosler, an dessen Klinik ich $2\frac{1}{2}$ Monate als Volontär und vom 15. Juni bis 1. November 1881 als Unterarzt beschäftigt war.

Thesen.

I.

Der Beginn der amyloiden Entartung im Körper ist nicht in allen Fällen erst vom Eintreten der Albuminurie an zu datiren.

II.

Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist allen andern Methoden die Einführung des elastischen Katheters vorzuziehen.

III.

Bei der gangränösen Form der Rachendiphtheritis ist die Anwendung der Glühhitze das einzig rationelle Verfahren.